Können wir mit der Art der heute geübten zahnärztlichen Praxisführung sozialhygienisch und wirtschaftlich betrachtet das gesteckte Ziel in der Kariesbekämpfung erreichen?

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 21. November 1936

von

Erwin Ruppik

Zahnarzt aus Düsseldorf

Bonn 1936

Anton Brand, Bonn

Gedruckt mit Genehmigung der Med. Fakultät der Univerſ. Bonn.

Referent: Prof. Dr. Balters.

Korreferent: Prof. Dr. Proell.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Inhaltsangabe:

Einleitung: Problemſtellung.

I. Die Praxisführung nur wirtſchaftlich betrachtet.
   1. Die Einnahmeſeite.
      a) bei vorwiegend prophylaktiſcher Tätigkeit
      b) bei rein therapeutiſcher Tätigkeit
      c) bei prothetiſcher Tätigkeit.
   2. Die Ausgabenſeite:
      a) die Unkoſten im allgemeinen
      b) die einzelnen Unkoſtenpunkte
         Raumkoſten
         Materialkoſten
         Perſonalausgaben
         Kleine Nebenausgaben
         Sonſtige Ausgaben
         Anlagekapital
         Private Unkoſten (Lebensunterhalt).

II. Die Kariesbehandlung wiſſenſchaftlich betrachtet.

III. Gegenüberſtellung der notwendigen Leiſtung und der dadurch bedingten Ausgaben im Vergleich zum Volksvermögen.

IV. Die Folgerung aus den Ergebniſſen der Betrachtungen.

Literaturnachweis.

Der heute ſo heftig geführte Daſeinskampf des Zahnärzteſtandes dürfte nicht nur in der Überfüllung dieſes Berufes und in der ſtarken Konkurrenz durch den Dentiſtenſtand begründet liegen, ſondern auch in dem uferloſen Anwachſen der Karies mit all' ihren direkten und indirekten Folgen auf der einen und der Beſchränkung der Ausgabemöglichkeit, ſei es von Privat oder von den Krankenkaſſen, auf der anderen Seite.

Ein paar Daten mögen das beweiſen:

Im Jahre 1910 betrug die Zahl der in Deutſchland niedergelaſſenen approbierten Zahnärzte 3020, die der niedergelaſſenen Zahntechniker 7000. Die Beſtrebungen des damals gegründeten Wirtſchaftsverbandes, des ſpäteren Reichsverbandes der Zahnärzte Deutſchlands, traten für eine vermehrte Verſorgung der Bevölkerung und der Verſicherten durch Zahnärzte ein, da die Zahl der Approbierten abnahm. Da die Zunahme der Studierenden der Zahnheilkunde nach dem Kriege in den Jahren 1920—1922 nachließ, ſo daß die Zahl der Approbationen von 1923 = 1191 auf 1924 = 659, auf 1925 = 275 und bis 151 im Jahre 1926 und 113 im Jahre 1927 ſank, rief dieſer bedrohliche Rückgang die Propagierung für das Studium der Zahnheilkunde in den Jahren 1924 bis 1926 wach, zumal in dem bekannten Abkommen zwiſchen Zahnärzten und Zahntechnikern von letzteren ausdrücklich anerkannt wurde, daß in Zukunft allein das Studium der Zahnheilkunde an deutſchen Univerſitäten als Ausbildungsgang für die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Verſicherten zu gelten habe. Hinzu kam, daß die kurze Ausbildungszeit, früher 6, ſpäter 7 Semeſter Studienzeit, eine frühe Exiſtenzmöglichkeit bot. Doch war die Folge der Propagierung eine Zunahme, aus der ſich das heutige Überangebot an Zahnärzten ergab.

Der Dentiſtenſtand, der auf Grund der in Deutſchland be-

ſtehenden Kurierfreiheit Zahnbehandlungen vornehmen darf, bietet der Zahnärzteſchaft Konkurrenz, zumal er zahlenmäßig ſehr ſtark iſt und der Zunahme des dentiſtiſchen Nachwuchſes in keiner Weiſe Einhalt geboten wurde. Inzwiſchen iſt die Sperrung des Studiums der Zahnheilkunde und der dentiſtiſchen Fachausbildung verfügt worden.

Wie ſehr die Karies um ſich gegriffen hat und zur Volksſeuche geworden iſt, geht allein ſchon aus dem Umſtand hervor, daß die Verbreitung derſelben unter der Schuljugend rund 95% beträgt. Natürlich nimmt die Erkrankungsziffer mit dem Heranwachſen der Jugend nicht ab, wenn ſie auch ein anderes Bild annimmt, das durch die direkten Folgen der Karies, wie die Erkrankungen des Paradentiums, des Kieferknochens und ſchließlich die Fokalinfektion und die indirekten Folgen, wie die Einflüſſe der falſchen Ernährung und die ungenügende Speiſenzerkleinerung, beſtimmt iſt. Das Bedürfnis zur Behandlung und Abſtellung der Leiden wird dadurch außerordentlich groß.

Zum anderen: Der Zahnarzt gehört dem ſogenannten freien Beruf an. Seit Einführung der Sozialverſicherung unterſcheidet ſich aber der Zahnarztberuf vom ſonſtigen freien Beruf dadurch, daß der Zanharzt einen großen Teil ſeiner Gebühren nicht mehr vom Patienten ſelbſt, ſondern durch die Krankenkaſſe erhält. Die ſelbſtändige freiberufliche Arbeit wird hierdurch zu einer nicht-ſelbſtändigen Arbeit für die Krankenkaſſe, welcher der Patient angeſchloſſen iſt. Das urſprüngliche Verhältnis zwiſchen Zahnarzt und Patient erlaubte eine Feſtlegung der Koſten für eine Behandlung, die nach Art und Umfang angemeſſen war. Die Krankenkaſſe kann als Verſicherungsträger ſolche Beträge nicht gewähren, da ſie bei ihren Ausgaben mit nur einem kleinen Prozentſatz von Erkrankten im Vergleich zu den Einnahmen von den Geſunden rechnen muß und auch dieſe wieder anteilmäßig aufzugliedern hat. Die Erkrankungsziffer an Karies (97%) mit all ihren Folgen macht aber ſo hohe Ausgaben, daß die Beitragszahlung nicht ausreichen würde, um die Koſten für die Behandlung aufzubringen. Der Pauſchalvertrag oder Gewährung von Mindeſt- oder Sondergebüh-

ren in Verbindung mit dem Ausgleich der Zulaſſung nur einer beſchränkten Anzahl von Zahnärzten zur Behandlung und der dadurch bedingten Sicherung müſſen deshalb an die Stelle der freien Behandlung und freien Vereinbarung treten.

Nun beſteht allerdings die Reichsverſicherungsordnung, die auch die Zahnbehandlung als ärztliche Leiſtung anſieht, erſt ſeit dem Jahre 1911. Vor dieſem Zeitpunkt wurde eine Zahnbehandlung nicht als ärztliche Leiſtung angeſehen und galt deshalb auch nicht als Krankenhilfe. Durch dieſe Reichsverſicherungsordnung war wohl die Geſundheitsbetreuung der Volksgenoſſen bedacht, nicht aber die Wünſche der Zahnärzteſchaft erfüllt, da mit der Zunahme der in der Sozialverſicherung Betreuten — heute etwa 55% des Volksganzen — der Kampf um eine Zulaſſungsordnung entbrannte.

Eine Vertreterin der Intereſſen der geſamten Zahnärzteſchaft im Sinne der heutigen Kaſſenzahnärztlichen Vereinigung Deutſchlands gab es früher noch nicht und ſo wurden die Zulaſſungen zur Kaſſentätigkeit oft willkürlich und an den verſchiedenen Orten uneinheitlich gehandhabt. Auch die ſtarke Konkurrenz durch die Dentiſten, die anbetracht ihrer weniger koſtſpieligen Ausbildung nicht die Anſprüche der Zahnärzte zu ſtellen brauchten, machten es den Kaſſen möglich, weniger nachgiebig zu ſein. Ein ſtändiger Kampf zwiſchen Verſicherungsträgern und Zahnärzteſchaft entwickelte ſich, der erſt durch die neueſten Verordnungen beigelegt zu ſein ſcheint.

Aus der Überfüllung des zahnärztlichen Berufes auf der einen Seite, wie der ſtarken Ausbreitung der Karies auf der anderen Seite und dem Umſtand der ſtarken Vermehrung der Verſicherungsnehmer, müſſen ſich zwangsläufig Probleme ergeben, zu denen auch die Frage gehört, ob wir mit der Art der heute geübten zahnärztlichen Praxisführung ſozialhygieniſch und wirtſchaftlich betrachtet das geſteckte Ziel in der Kariesbekämpfung erreichen können. Ich habe es mir deshalb zur Aufgabe gemacht, dieſer Frage nachzugehen und ſie in der vorliegenden Arbeit abzuhandeln. Dabei lege ich folgende Geſichtspunkte zugrunde:

I. Kann die Bekämpfung der Karies durchgeführt werden, wenn entſprechend der heutigen Praxisführung die Behandlung nur von der wirtſchaftlichen Seite aus betrachtet wird,

II. kann die Bekämpfung der Karies, wenn wir die Behandlung entſprechend der wiſſenſchaftlichen Erkenntniſſe ohne Rückſichtnahme auf die wirtſchaftliche Seite durchführen, erfolgreich ſein,

III. kann das Problem der Bekämpfung der Karies vom Standpunkt des Volksvermögens aus betrachtet, ſeine Löſung finden und

IV. welche Wege ergeben ſich aus den Betrachtungen und ihren Ergebniſſen für die Löſung des angeſchnittenen Problems?

Es ſoll vorausgeſchickt werden, daß die wirtſchaftlichen Verhältniſſe einer Anfängerpraxis ſowohl als auch diejenigen der „praxis aurea“ im folgenden unberückſichtigt bleiben, um einen möglichſt normalen Durchſchnitt zu erzielen, denn die Praxis eines Neuniedergelaſſenen wird ſich, was die Werbungskoſten anbetrifft, nicht mit einer mittleren Praxis vergleichen laſſen, wenn man bedenkt, daß der junge Zahnarzt ſich etwa ohne Hilfe begnügt und zu Hauſe leben und wohnen kann, oder womöglich die Praxis in der elterlichen Wohnung ausübt. Andererſeits würden aber auch die Angaben aus einer Praxis mit ſehr hohem Umſatz das Durchſchnittsbild ungünſtig beeinfluſſen. Die mittlere Praxis in einer Großſtadt ſoll daher als Grundlage der Betrachtungen angeſehen werden.

Bei Feſtlegung der Arbeitszeit eines Zahnarztes geht man zweckmäßig von der Überlegung aus, wieviel Arbeitstage im Monat verbleiben.

Folgende Feiertage ſind von den 365 Tagen des Jahres abzuziehen:

1.	Sonntage	52 Tage
2.	Karfreitag	1 „
3.	Oſtern	1 „
4.	Pfingſten	1 „
5.	Himmelfahrt	1 „
6.	Allerheiligen oder Reformationsfeſt	1 „
7.	Weihnachten	2 „
8.	Neujahr	1 „
9.	Nationalfeiertag am 1. Mai	1 „
10.	Jeder Sonnabend-Nachmittag	26 „
11.	Durchſchnittlich 2 Tage pro Monat für Krankheiten, Berufstagungen, Fortbildungskurſe u. a.	24 „
		111 Tage

Insgeſamt verbleiben nur noch 254 Arbeitstage im Jahr, alſo 21 Arbeitstage pro Monat. Bei ſiebenſtündiger Arbeit am Patienten bleibt noch eine Stunde für ſchriftliche Arbeiten übrig. Als Richtſatz wird die Behandlung von drei Patienten pro Stunde gelten, ſo daß am Tage 21 Patienten betreut werden können. Aus berufshygieniſchen Gründen und bei ſorgfältig und nach beſtem Gewiſſen durchgeführter Qualitätsarbeit, können nicht mehr Patienten angenommen werden. Die Verdienſtmöglichkeiten eines Zahnarztes laſſen ſich aus obigen Angaben errechnen, wenn die 21 Patienten ſich aus 4 Privat- und 17 Kaſſenpatienten zuſammenſetzen, wie es in einer mittleren Großſtadtpraxis der Fall ſein wird. Bei Bezahlung nach Einzelleiſtungen nach dem ungekürzten Teil 4 der preußiſchen Gebührenordnung und keiner Fallbegrenzungszahl, alſo bei 100%iger Beſchäftigung, würde der Zahnarzt etwa 14 bis 15 000 Mark jährlich umſetzen.

I. Kann die Bekämpfung der Karies durchgeführt werden, wenn entſprechend der heutigen Praxisführung die Behandlung nur von der wirtſchaftlichen Seite aus betrachtet wird?
Bei der Beantwortung dieſer Frage teile ich ein in:
1. Die Einnahmeſeite,
2. Die Ausgabeſeite.

1. Die Einnahmeseite.

Betrachten wir die Tätigkeit des Zahnarztes von den verschiedenen Gesichtspunkten, so zeigt es sich, daß der Bezahlung seiner Leistungen durch einen Dritten, etwa die Sozialversicherung, große Schwierigkeiten entgegentreten. Ein Zahlungssystem zu finden, daß die Menge und Güte der Arbeit und die aufgewandte Zeit berücksichtigt, ist bis heute noch nicht gelungen.

Nach § 23 der Zulassungsordnung für Zahnärzte und Dentisten, sollen auf 15 000 Kassenmitglieder 6 Zahnärzte und 4 Dentisten zugelassen werden, sodaß je ein Zahnbehandler 1500 Versicherte zu versorgen hat.

Wie bereits vorher angeführt, verbleiben im Jahr 254 Arbeitstage, und pro Tag wird mit 21 Patienten gerechnet, sodaß sich für das Jahr eine Patientenzahl von 5334 ergibt. Bei zweimaligem Besuch reduziert sich diese Zahl auf 2667 und bei dreimaligem Besuch auf 1778. Bei sorgfältiger Behandlung eines Zahnes kann mit durchschnittlich drei Sitzungen gerechnet werden, wobei der geringere Zeitaufwand bei prophylaktischen Füllungen durch die entsprechend längere Behandlungsdauer bei vorbehandelten Zähnen oder chirurgischen Eingriffen mit mehreren Nachbehandlungen, wieder wettgemacht wird. Mit diesen 1778 ist die zugebilligte Zahl von 1500 Patienten schon überschritten, welche die Erwerbsgrundlage für den Zahnarzt bilden. Es gilt, diese Patientenschaft zweckmäßig zu versorgen, um einerseits möglichst zu sanieren und andererseits ein Existenzminimum zu sichern. Die Volksgesundheit wird stets als das Dringendste erscheinen, sie kann aber als Sanierungsbestrebung wegen ihrer Abhängigkeit von so vielen anderen Momenten nur als Wunsch angesehen werden. Es ist nicht allein die wirtschaftliche Seite, die den Sanierungsbestrebungen Schranken setzt, sondern auch die Unaufgeklärtheit der Patienten und deren Trägheit.

Wollte ein Zahnarzt voll und ganz seinen Beruf ausfüllen, so müßte sein Bestreben dahin gehen, selbst die kleinste prophylaktische Füllung zu legen. Wie verträgt sich das aber mit der Ver-

gütung für ſeine Tätigkeit? Würde nach Einzelleiſtungen mit Berückſichtigung der aufgewandten Arbeitszeit bezahlt, ſo könnte man allen gerecht werden. Eine ſchlechte Bezahlungsweiſe geht entweder auf Koſten des Wohles des Patienten, oder der Wirtſchaftslage des Zahnarztes oder beider Teile zuſammen. Das Wohl des Volkes ſteht an erſter Stelle, der Zahnarzt wird aber ohne Erfüllung normaler Lebensbedingungen ſeinem Beruf nicht ſo nachkommen können, wie es eigentlich ſein ſollte. Die Tätigkeit des Zahnarztes muß angeſichts der hohen Ausbildungskoſten für dieſen Beruf und ſeiner großen volksgeſundheitlichen Bedeutung genügend gewürdigt und dementſprechend honoriert werden.

Die heutige Bezahlung der konſervierenden ſowohl als auch der techniſchen Behandlung ſteht in keinem Verhältnis zur Leiſtung und Arbeitszeit, und eine Löſung dieſes Problems muß noch gefunden werden. Prophylaktiſche Füllungen wären allein angezeigt, weil ſie der Leiſtung entſprechend honoriert werden. Allein ſchon ein vorbehandelter Zahn wird wegen des Zeitaufwandes für eine kunſtgerechte Wurzelfüllung, der zeitlichen Begrenzung dieſer Maßnahme und ihrer Wirkſamkeit und wegen der Gefahren, die mit einer ſchlecht durchgeführten Wurzelbehandlung verknüpft ſind (und der unbedingt notwendigen Röntgenkontrolle), nicht genügend durch die Sozialverſicherung honoriert. Zu ſchweigen iſt ganz von chirurgiſchen Eingriffen, die im Verhältnis zu dem Zeitaufwand, dem verbrauchten Material für Injektion, Naht, Verband, Schmerzlinderungsmittel uſw., ſowie den Gefahren, die mit jedem Eingriff verbunden ſind und dem geſundheitlichen Vorteil für den Patienten, durch die Sozialverſicherung ganz unwürdig bewertet werden. Die Zahnreinigung, eine hygieniſche Vorausſetzung für jede zahnärztliche Behandlung, wird als ſolche garnicht honoriert, ſondern nur als Nebenmaßnahme bei der Behandlung von Zahnfleiſcherkrankungen angeſehen.

a) Die Einnahmeſeite bei vorwiegend prophylaktiſcher Tätigkeit.

Rein zeitlich geſehen, könnte ein Zahnarzt, falls er nur prophylaktiſche Füllungen legt, am Tage gut 21 Patienten behandeln;

das würde pro Jahr 5334 Patienten ausmachen. Ständen tatsächlich nur 1500 Versicherte zur Verfügung, so brauchten am Tage nur 6 Patienten behandelt zu werden. In der als durchschnittliche Behandlungsdauer anerkannten Zeit von 20 Minuten pro Patient, könnten 2—3 Füllungen gelegt werden, mithin pro Tag 30—60 Füllungen. Nehmen wir bei jedem Behandelten 3 Füllungen im Jahr an, so hätte er in 10 Jahren 30 Füllungen. Praktisch kommt dieser Fall wohl nie in Frage, zumal bei Personen, die sich wenigstens einmal im Jahr untersuchen lassen. Rechnet man mit der Hälfte der Füllungen, so könnte in fünf Jahren das Ziel, eine Sanierung durch prophylaktische Füllungen erreicht sein.

Würden diese Leistungen nach der neuesten Gebührenordnung für Kassenzahnärzte (K.Z.V.D.-Mitglieder-Rundschreiben Nr. 136 v. 27. 5. 1936) vergütet, ohne Fallbegrenzung, so könnte mit RM 2,50 für eine Zahnfüllung ohne Vorbehandlung, gerechnet werden, demnach bei 100%iger Beschäftigung mit einem täglichen Umsatz von RM 100,— bis RM 150,—. Der Wirklichkeit näher kommen 12—18 Füllungen bei sechs Patienten, also ein täglicher Umsatz von RM 30,— bis 45,—. Das entspricht einem monatlichen Umsatz von RM 2100,— bis 3150,— im einen Falle und RM 630,— bis 945,— im anderen Falle.

b) Die Einnahmeseite bei therapeutischer Tätigkeit.

Ganz anders ist es bei vorbehandelten Zähnen. Für einen derartigen Fall sind mindestens drei Sitzungen nötig, dann ist der Zeitaufwand insgesamt viel größer als bei einfachen Füllungen, der Dauererfolg ist ungewiß und die Haltbarkeit der Wurzelfüllungen begrenzt. Eine Erneuerung der Wurzelfüllung in gewissen Zeitabständen wäre nötig. Würden für jede Sitzung 15 Minuten gerechnet, so könnten am Tage 28 Patienten behandelt werden, bei dreimaliger Sitzung im Jahr also 2370 Patienten. Diese Berechnung bezieht sich nur auf einen Zahn. Bei drei Zähnen unter gleichen Bedingungen käme die Zahl im Jahr auf 790. Es dürften somit pro Patient im Jahr 1½ vorbehandelte Zähne zu füllen sein, um mit 1580 die zugestandene Zahl von 1500 nicht wesentlich zu über-

ſteigen. Im allgemeinen wird jedermann nicht mehr als 4—5 vorbehandelte Zähne haben, ſo daß ein Sanierungsplan in dieſer Richtung in drei Jahren durchzuführen wäre.

Nach der oben erwähnten Gebührenordnung ſollte für einen vorbehandelten Zahn RM 5,— vergütet werden. Mit neun Füllungen erreichte ein Zahnarzt einen täglichen Umſatz von RM 45,— und bei begrenzter Patientenzahl mit ſechs Füllungen einen ſolchen von RM 30,—, im Monat alſo RM 945,— bzw. 630,—. Man erkennt, daß ſelbſt bei voller Beſchäftigung der monatliche Umſatz von RM 945,—, bei Berückſichtigung aller Unkoſtenpunkte, ſchwerlich ein normales Auskommen erlaubt.

Ein Durchſchnitt beider beſprochener Fälle, der Füllungen mit und ohne Vorbehandlung, ergibt eine tägliche Leiſtung von 20—30 prophylaktiſchen Füllungen und etwa 5 Füllungen mit Vorbehandlung, beziehungsweiſe von 6—9 prophylaktiſchen Füllungen und 3 Füllungen mit Vorbehandlung, womit ein täglicher Verdienſt von 75—100 RM bzw. von 30—38 RM gegeben iſt. Auf einen Monat umgerechnet: 1575—2100 RM bzw. 630—798 RM. Hier würde nur die rein theoretiſche Zahl von 1575—2100 RM eine Exiſtenzmöglichkeit bieten.

c) Die Einnahmeſeite bei prothetiſcher Tätigkeit.

Die Herſtellung techniſcher Erſatzarbeiten erfordert Material, Arbeitskraft und Zeitaufwand für 1. den Abdruck, 2. die Bißnahme, 3. die Einprobe und 4. die Ablieferung. Für den Abdruck, die Bißnahme, die Einprobe und die Ablieferung kann durchſchnittlich für jede Sitzung 20 Minuten gerechnet werden, wobei der verhältnismäßig kurze Zeitaufwand der Bißnahme und Ablieferung durch die mitunter langwierige Abdrucknahme und zeitraubende Korrekturen bei der Anprobe, ausgeglichen wird. Der Arbeitsaufwand für eine partielle Proteſe ſteht nur ſelten hinter dem eines totalen Erſatzes zurück. Erſatzarbeiten in Metall erfordern wegen der größeren Genauigkeit in der Ausführung und der Schwierigkeit der Verarbeitung mehr Zeitaufwand und Materialunkoſten als etwa der Kautſchukerſatz. Zudem iſt zu bedenken, daß die Ver-

arbeitung von Nichtedelmetall, die heute eine große Rolle ſpielt, wegen der ſchlechteren Vergütbarkeit oft mit großen Umſtänden verbunden iſt. Die Koſten für einen Zahnerſatz in Metall werden von der Sozialverſicherung garnicht oder nur zu einem geringen Teil getragen, ſo daß für Kaſſenpatienten nur Plattenerſatz in Frage kommt.

Die ausſchließliche Beſchäftigung eines Zahnarztes mit techniſchen Arbeiten würde es ermöglichen, am Tage auch 21 Patienten zu behandeln. Bis zur Ablieferung eines Erſatzſtückes ſind vier Sitzungen nötig, ſo daß jährlich rund 1335 Patienten mit Zahnerſatz verſorgt werden können. Dieſe 111 Patienten im Monat müßten die Exiſtenzgrundlage für den Zahnarzt bilden. Eine Sanierung wäre in dieſem Falle gut möglich, d. h. bei totalem Erſatz grundſätzlich und bei partiellem Erſatz nur, wenn alle Vorbedingungen erfüllt ſind und die Proteſe ſtatiſch ſo konſtruiert iſt, daß auf lange Sicht die Erhaltung der noch vorhandenen Zähne geſichert iſt. In 13½ Monaten könnte die zur Verfügung ſtehende Patientenſchaft von 1500 Krankenkaſſenmitgliedern ſaniert ſein.

Die Sozialverſicherung vergütet für jeden zu erſetzenden künſtlichen Zahn RM 4,35. Während eines Monats könnten 110 Erſatzſtücke abgeliefert werden. Bei Berückſichtigung kleiner Reparaturen, die keiner Vorbereitungen am Patienten bedürfen, wird ſich die Zahl von 110 zuſammenſetzen aus 10 totalen Erſatzſtücken, 40 Proteſen mit mehr als 10 Zähnen, 50 mit weniger als 10 Zähnen und einigen Reparaturen und Umarbeitungen, die einem Zeitaufwand für 10 partielle Erſatzſtücke entſprechen. Der monatliche Umſatz würde ſich dann auf RM 4947,— belaufen. Für Herſtellungskoſten ſind 50% abzuziehen, ſo daß 2473 RM verbleiben. Dieſer Fall zeigt, daß eine ausſchließliche Beſchäftigung mit techniſchen Arbeiten einen verhältnismäßig hohen Umſatz erlauben würde.

In der Praxis eines praktiſchen Zahnarztes kann im Monat mit einem totalen Erſatzſtück, 2 Proteſen mit mehr als 10 Zähnen und 3 Proteſen mit weniger als 10 Zähnen und einigen Reparaturen gerechnet werden, womit die monatliche Einnahme aus tech-

nischen Arbeiten, abzüglich der Herstellungskosten, RM 165,— beträgt.

In der allgemeinen Tätigkeit eines Zahnarztes ergibt sich ein theoretischer monatlicher Umsatz aus konservierender und technischer Tätigkeit, im Falle der vollen Beschäftigung von RM 2014. Diese Zahl gibt die Umsatzmöglichkeit eines 100%ig beschäftigten Zahnarztes an, der nach obiger Gebührenordnung der Einzelleistung entsprechend bezahlt wird. Die begrenzte Patientenzahl zeigt dagegen, obwohl in diesem Falle eine Bezahlung nach Einzelleistungen angenommen wurde, einen monatlichen Umsatz von RM 527,—. Die Unzulänglichkeit dieses Verdienstes ist offensichtlich. Bei Abzug der 50% Werbungskosten verbleiben noch RM 264,—, mit denen ein kinderloser Jungzahnarzt ein sehr bescheidenes Dasein führen könnte.

2. Die Ausgabenseite.

a) Unkosten im allgemeinen.

Den Einnahmen aus der Praxis stehen die Ausgaben gegenüber, die sich zusammensetzen aus den sogenannten Werbungskosten und den Sonderunkosten.

Um ein günstiges Durchschnittsbild zu bekommen, ist die Unterschiedlichkeit in den einzelnen Praxen zu berücksichtigen, denn die Ansprüche und Bedürfnisse auf dem Lande sind anders als in der Klein-, Mittel oder Großstadt, ferner sind die Unkosten in einer Praxis mit einem Umsatz bis zu RM 10 000,— prozentual anders, als bei RM 10 000,— bis 20 000,— oder über RM 20 000,— Umsatz. In der folgenden Übersicht sind die Unterschiedlichkeiten genauer dargestellt:

Übersicht.

Durchschnittliche Höhe der Werbungskosten in % zum Umsatz in den nach Umsatzhöhe gegliederten Gruppen:

Umsatz in Mark	Werbungskosten in % zum Umsatz
bis RM 10 000,—	62,2
von RM 10 000,— bis 20 000,—	56,9
über RM 20 000,—	54,8

Überſicht.

Durchſchnittliche Höhe der Werbungskoſten bei den Zahnärzten in verſchiedenen Orts-Größen-Klaſſen.

Orte mit Einwohnern	Durchſchnitt. Höhe in % zum Umſatz
bis 5000	56,5
von 5—50 000	59,7
über 50 000	59,1

Hieraus iſt erſichtlich, daß die Unkoſten in % zum Umſatz bei ſteigender Umſatzgröße geringer werden und umgekehrt. In der zweiten Überſicht erkennt man die Zunahme der Unkoſten bei zunehmender Ortsgröße. Die Unterſchiede ſind hier allerdings unbedeutend. Die prozentuale Höhe der Unkoſten zum Umſatz zeigt die Überſicht:

Überſicht.

Unkoſten in % zum jeweil. Umſatz	Zahl der Zahnärzte vom Hundert
bis 40%	7,2
von 41—50%	21,6
von 51—60%	28,0
von 61—70%	23,2
über 70%	20,0

b) Die einzelnen Unkoſtenpunkte.

Von großer Bedeutung für die Unkoſtengeſtaltung iſt die Frage, ob der Zahnarzt allein ſeine Praxis ausübt oder mit Hilfsperſonal, worunter man Aſſiſtent, Helferin und Vertreter verſteht, denn ſelbſt das Taſchengeld für einen Volontäraſſiſtenten wird die Geſamtausgaben erhöhen. Wenn auch nicht ſtändig ein Aſſiſtent vorhanden iſt, ſo wird der Zahnarzt während ſeiner Ferien, die in Anbetracht der ſtarken Nervenbeanſpruchung in dieſem Beruf unbedingt erforderlich ſind, vertreten werden müſſen.

Es ſollen die Unkoſten im einzelnen aufgeführt werden, da ſie ſich mit den Ausgaben in keinem anderen Beruf vergleichen laſſen.

Raumkoſten.

Die Miete wird für drei Zimmer aufzubringen ſein und zwar für ein Wartezimmer, Sprechzimmer und Laboratorium bzw. einen

Aufenthaltsraum, der für die Beſchäftigung nach Praxisſchluß beſtimmt iſt (ſchriftliche Arbeiten, Abrechnungen, Lektüre uſw.) und gelegentlich auch für private Empfänge benutzt werden kann. Bei Höhe dieſer Mietunkoſten iſt der Unterſchied zu beachten, der ſich daraus ergibt, ob die Praxis im eigenen Grundſtück ausgeübt wird, oder ob der Zahnarzt zur Miete wohnt. Im erſteren Falle verurſachen die Grundſtücks-Unterhaltskoſten, die Abſchreibungen für das Grundſtück und die Ausgaben für Hypothekenzinſen insgeſamt Ausgaben, die allerdings nicht viel unter der monatlichen Miete eines Zahnarztes ohne eigenes Grundſtück liegen. Im allgemeinen iſt zu erkennen, daß dieſe beiden Arten von Raumkoſten in den kleinen Orten weſentlich niedriger ſind, als in größeren Städten. Durchſchnittlich kommen ſie auf jährlich RM 851,—, mithin monatlich RM 71,—.

Materialkoſten.

Die Unkoſten für verwendete Materialien, einſchließlich der techniſchen Arbeiten werden einen hohen Prozentſatz des Geſamtumſatzes ausmachen, denn es müſſen ſämtliche Füllmaterialien, Gold, Zähne, Kautſchuk uſw. mitgerechnet werden, ferner die Unterhaltskoſten für ein Laboratorium, das der Zahnarzt ſelbſt unterhält und das Gehalt für einen Techniker. Würde nicht ein eigenes Laboratorium unterhalten, ſo würden dieſe Koſten in den Preiſen enthalten ſein, die der Zahnarzt für die Gegenſtände bezahlt, die er aus einem ſolchen Laboratorium bezieht. Mit 15% des Geſamtumſatzes wird dieſer Unkoſtenpunkt feſtgelegt.

Perſonalausgaben.

Unter Perſonalausgaben wäre das Gehalt für den Aſſiſtenten, das Schweſterngehalt und der Lohn für das Hausmädchen und die Putzfrau anzuſetzen. Die Ausgaben für Gehälter betragen RM 1678,— jährlich, alſo RM 139,— im Monat.

Kleine Nebenausgaben.

Man wird leicht geneigt ſein, die laufenden Unterhaltskoſten zu niedrig einzuſchätzen, da ſie ſich aus einer Summe von Einzel-

beträgen zuſammenſetzen, die für ſich allein bedeutungslos erſcheinen. Aus dieſem Grunde ſollen ſie einzeln angeführt werden.

Telephon	RM 201,—
Heizung	RM 123,—
Strom	RM 129,—
Gas u. Waſſer	RM 52,—
Zeitungen u. Wartezimmerlektüre	RM 70,—
Abzugsfähige Steuern	RM 251,—
Porto u. Schreibmaterial	RM 161,—
Wäſche	RM 36,—
Reinigung	RM 88,—
Berufsvereine	RM 80,—
Inſtrumente	RM 186,—
Inventar-Reparaturen	RM 160,—
Bücher	RM 54,—
Auto	RM 227,—
Fahrſpeſen	RM 45,—
Ausfall der Außenſtände (wird mit 8% der monatlichen Einnahmen feſtgelegt). Verſicherungen (Kranken-, Haftpflicht-, Unfall-, Einbruch- und Feuerverſicherung)	RM 36,—
	RM 1899,— jährlich

Dieſe Sonderunkoſten würden im Monat RM 158,— ausmachen.

Sonſtige Ausgaben.

Dieſer Unkoſtenpunkt ſetzt ſich zuſammen aus den Unkoſtenabzügen der Verrechnungsſtellen, Weihnachtsgaben an Angeſtellte, Abnutzung des Praxisinventars (Abſchreibung) und des Praxisinſtrumentariums. Die Verrechnungsſtelle zieht 5% von den Krankenkaſſeneinnahmen ab. An Verſchleiß der Einrichtungsgegenſtände kann pro Monat für die Einrichtung des Wartezimmers und der ſonſtigen Räume RM 5,— feſtgelegt werden, für die techniſche Einrichtung RM 35,—, für Verſchleiß an Wäſche RM 8,50 und

Verſchleiß und Verbrauch an Inſtrumentarium ungefähr RM 65,—, ſo daß ſich dieſer Koſtenpunkt auf monatlich RM 113,— beläuft.

Anlagekapital.

Hierunter ſind die Studienunkoſten zu verſtehen, der Verdienſtausfall während der Ausbildungszeit und die Unkoſten für das Praxisinventar. Wie gleich gezeigt wird, iſt dies eine ſehr große Grundſchuld, mit welcher der Zahnarzt ſeine Tätigkeit beginnt und die erſt vollkommen abgetragen ſein muß, bevor an einen eigenen Lebensunterhalt zu denken iſt.

Bei Berechnung der Studienunkoſten wurde ein achtſemeſtriges Studium zugrundegelegt, da dieſe Semeſterzahl bei der Promotion nachgewieſen werden muß. Die Studiengebühren betragen für dieſe Zeit 1850 RM. Der Lebensunterhalt wird im Sommerſemeſter auf drei Monate und im Winterſemeſter auf vier Monate berechnet und mag mit einer monatlichen Höhe von RM 100,— nicht zu hoch feſtgelegt ſein. Die Lebensunterhaltungskoſten betragen ſomit RM 2800,—. Für Inſtrumente, einſchließlich der Materialien für die Phantomkurſe, wird eine Summe von RM 400,— angerechnet und für Bücher etwa RM 250,—. Die Examensgebühren rund RM 250,— und die Promotionsgebühren RM 350,—. Zu Beginn des Semeſters und der Ferien und zu deren Ende wird eine Reiſe zwiſchen Heimatort und Hochſchule nötig ſein, die mit durchſchnittlich RM 30,— im Semeſter, alſo RM 240,— berechnet werden kann. Die Geſamtſtudienkoſten betragen ſomit RM 6140,—. Dieſes Kapital auf vier Jahre mit 4% verzinſt, ergibt RM 6385,—.

Während der zweijährigen Aſſiſtentenzeit wird im zweiten Jahr erſt ſoviel verdient, daß der Jungzahnarzt einen Teil ſeines Lebensunterhalts davon beſtreiten kann, während der Verdienſt im erſten Jahr, das Taſchengeld dieſer Volontäraſſiſtentenzeit, ſo gering ſein wird, daß es gar nicht ins Gewicht fällt. Der Lebensunterhalt dieſes Jahres wird mit RM 100,— pro Monat berechnet und beträgt bei 4%iger Verzinſung RM 1248,—, die auf die Unkoſten der Ausbildungszeit gerechnet werden, ſo daß die Geſamthöhe der Ausbildungskoſten RM 6385,— + RM 1248 = RM 7633 beträgt.

Der Verdienſtausfall während der fünfjährigen Ausbildungszeit mag an dem Einkommen eines jungen Mannes berechnet werden, der die gleiche Schulausbildung wie ein Zahnarzt hat, aber ſofort nach dem Abitur einen Beruf mit einem monatlichen Verdienſt ergreift.

Aus einer Berechnung des monatlichen Gehaltes eines Beamten, ſowie eines kaufmänniſchen und techniſchen Angeſtellten (mit und ohne Lehrzeit), ergibt ſich ein durchſchnittliches Geſamteinkommen während dieſer fünf Jahre von 5250 RM.

Schließlich kommen zu dem Anlagekapital noch die Ausgaben für das Praxisinventar, die mit 8000 RM feſtgelegt werden.

Die bisher angeführten Ausgaben, mit Ausnahme der Studienkoſten und des Verdienſtausfalls während der Ausbildungszeit, werden unter dem Sammelbegriff „Werbungskoſten" zuſammengefaßt und ſie betragen nach Angaben der Steuerbehörden durchſchnittlich 50% des Geſamtumſatzes einer Stadtpraxis und auf dem Lande mindeſtens 40%. Die Überſichten auf Seite 15 und 16 zeigen die Unkoſtenunterſchiede deutlicher.

Private Unkoſten (Lebensunterhalt).

Eine genaue Trennung der Unkoſten der Praxis von den Privatausgaben iſt oft ſehr ſchwierig, da ſie zum Teil ineinandergreifen, zumal in einer Praxis, die in der Privatwohnung betrieben wird.

Es ſoll von der Vorausſetzung ausgegangen werden, daß der Zahnarzt verheiratet iſt und drei Kinder hat, denn im nationalſozialiſtiſchen Staat ſteht man auf dem Standpunkt, daß eine geſunde Bevölkerungspolitik nur dann betrieben werden kann, wenn jede Familie für mindeſtens drei Nachkommen ſorgt.

Bei einer derartigen Familienzuſammenſetzung müßte für den Lebensunterhalt von ſechs Perſonen geſorgt werden, wobei an das Vorhandenſein einer Haushilfe gedacht iſt. Ferner müßte die Miete für eine entſprechend große Wohnung aufgebracht werden, die Ausgaben für die Haushilfe, für Heizung, Licht, Gas, Waſſer uſw., die Ausgaben für Kleider und ſchließlich Schulgeld für die drei Kinder, einſchließlich Schulbücher, Straßenbahnfahrgeld, Schulmate-

rial usw. Diese Unkosten werden mit insgesamt RM 600,— festgelegt.

Lebensversicherung.

Als wichtiger Punkt ist zu berücksichtigen, daß der Zahnarzt, der dem sogenannten freien Beruf angehört, nicht wie ein Reichsbeamter pensionsberechtigt ist und aus diesem Grunde in seinem und seiner Angehörigen Interesse eine Lebensversicherung abschließen muß, und zwar in einer Höhe, daß die monatliche Rente für ihn und seine Familie seinem Berufsstande entspricht. Die Möglichkeit, daß der Zahnarzt durch einen Berufsunfall, durch Ansteckung, Krankheit oder Unglücksfall seine Tätigkeit nicht weiter ausführen kann, zwingt ihn, eine Lebensversicherung mit sogenannter Invaliditätszusatzversicherung einzugehen, bei der die Beitragszahlung bei eintretender Invalidität aufhört und außerdem bis zum Tode des Versicherten eine Rente gezahlt wird. Im Hinblick auf die Tatsache, daß der Zahnarztberuf einer der anstrengendsten Berufe überhaupt ist, kann die Grenze der Arbeitsfähigkeit mit 55 Jahren als nicht zu niedrig angegeben werden. Dementsprechend wird auch die Höhe der Versicherungsprämie sein. Durch die lange Ausbildungszeit (½ Jahr Arbeitsdienst, 2 Jahre Militär, achtsemestriges Studium, 2 Jahre Assistentenzeit) und die Tatsache, daß eine Praxis wohl erst nach 1—2 Jahren so fundiert ist, daß sie es einem Zahnarzt ermöglicht, die monatlichen Prämien für eine derartige Lebensversicherung zu erübrigen, wird inzwischen das 30. Lebensjahr erreicht sein, und die Prämien sind dann wieder dieser Altersstufe entsprechend hoch.

Bei einer fünfköpfigen Familie muß von einer Versicherungssumme von 50—75 000 RM ausgegangen werden, da erst ein Kapital von 75 000 RM bei einem Zinssatz von 4% eine monatliche Rente von 250 RM ergibt.

Nach Tariftafel 2 Z. 1 R. der Allianz und Stuttgarter Lebensversicherungsbank A.G., müßte jährlich eine Versicherungssumme von RM 2707,50 oder monatlich RM 225,70 aufzubringen sein, um eine derartige Vesicherung einzugehen.

Die Begründung einer ſolchen Lebensverſicherung wird ohne weiteres einleuchten, wenn man den Vergleich mit irgendeinem penſionsberechtigten Reichsbeamten zieht, der in einer ſozialen Stellung iſt, die ſich mit der Poſition eines Zahnarztes vergleichen läßt. Zu dieſem Vergleichszweck iſt der Beruf eines Studienrats geeignet, der, unter der Vorausſetzung auch verheiratet zu ſein und drei Kinder zu haben, nach zehnjähriger Dienſtzeit ein Bruttogehalt von 591 RM erhält, welches nach 20jähriger Dienſtdauer auf 712 RM ſteigt. Hieraus können auch die Unkoſten für den Lebensunterhalt eines Zahnarztes mit ſeiner Familie errechnet werden. Bei Einbeziehung einer Verſicherungsſumme von 200 RM, die bei einem Studienrat durch ſeine Penſionsberechtigung fortfällt, ſcheint die Summe von 800 RM für den monatlichen Lebensunterhalt eines Zahnarztes nicht zu hoch gegriffen zu ſein. Dieſe Summe muß als reiner Verdienſt abfallen. Die Deckung der Unkoſten der Praxis und der privaten Unkoſten verlangt ſomit von einem Zahnarzt einen monatlichen Umſatz von ca. 1700 RM. Um dies zu erreichen, müßten 228 prophylaktiſche Füllungen und 114 Füllungen mit Vorbehandlung zu legen ſein und an techniſchen Arbeiten müßte ein totales Erſatzſtück, 5 mit 15 Zähnen und 5 mit 5 Zähnen und 3 Reparaturen abzuliefern ſein. Die Tagesleiſtung wäre dann ungefähr 11 prophylaktiſche Füllungen, 6 mit Wurzelfüllungen und die Behandlung von 2 Patienten mit techniſchen Arbeiten, entſprechend einem Umſatz von rund 80 RM.

Da ſich die auf Seite 15 errechnete Umſatzſumme von 527 RM nur auf Kaſſeneinnahmen bezieht, bei beſchränkter Patientenzahl, kann zu dieſem monatlichen Umſatz noch 473 RM aus Privatpraxis gerechnet werden, ſo daß ſich der wirkliche monatliche Umſatz einer Durchſchnittspraxis auf rund 1000 RM beläuft. Demgegenüber ſtehen die Geſamtunkoſten in Höhe von 1700 RM, ſo daß ſich ein Einnahmeſoll von 700 RM ergibt. Der zahnärztliche Verdienſt würde nur ausreichen, die reinen Praxisunkoſten zu decken.

Die relativ hohen Einnahmen, die ſich bei der Annahme einer vollen Beſchäftigung mit Vergütung nach Einzelleiſtungen ergeben,

haben nur theoretiſchen Wert, da ſie die Leiſtungsfähigkeit eines Zahnarztes darſtellen, zu wirklichen Vergleichszwecken aber nicht herangezogen werden können.

Überſicht.

I. Die Einnahmen im Monat:	
a) bei prophylaktiſcher Tätigkeit	
maximale Leiſtung	2100—3150 RM
bei beſchränkter Patientenzahl	630— 945 RM
b) bei therapeutiſcher Tätigkeit	
maximale Leiſtung	945 RM
bei beſchränkter Patientenzahl	630 RM
c) bei prothetiſcher Tätigkeit	
abzügl. 50% Herſtellungskoſten (maxim. Leiſt.)	2473 MM
in allgemeiner Praxis	165 RM

Monatliche Durchſchnittseinnahme bei prophylaktiſcher, therapeutiſcher und prothetiſcher Tätigkeit:

maximale Leiſtung	2014 RM
bei beſchränkter Patientenzahl	527 RM

Überſicht.

II. Die Ausgaben im Monat:	
Raumkoſten	71 RM
Materialkoſten . . .	165 RM
Perſonenausgaben . . .	139 RM
Kleine Nebenausgaben . .	158 RM
Sonſtige Ausgaben . . .	113 RM
Anlagekapital . . .	209 RM
Lebensunterhalt . . .	600 RM
Lebensverſicherung . .	225 RM
	1680 RM

Einige Berichte aus der Fachliteratur mögen meine Ausführungen ergänzen.

So ſchildert z. B. Dr. Bunge (in Nr. 25 der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ vom 23. Juni 1935) an Hand von genauen ſtatiſtiſchen Angaben der Reichsſtelle der Kaſſenzahnärztlichen Vereinigung Deutſchlands, die wirtſchaftlichen Verhältniſſe des Kaſſenzahnarztes. Demzufolge muß als überwiegende Wirtſchaftsgrundlage des Zahnarztes die Tätigkeit in der Sozialverſicherung angeſehen werden, da 55% aller Volksgenoſſen der Sozialverſicherung angehören und die reſtlichen 45%, die als Privatpatienten in Frage kämen, wegen des ſtark geſenkten Lebensſtandards der heutigen Zeit nicht die Rolle ſpielen, die ihnen eigentlich zukäme. Aus den Tabellen iſt erſichtlich, daß im 1. Quartal 1934 = 1639 und im 2. Quartal 1934 = 1730 Zahnärzte eine Umſatzhöhe bis zu 500 RM erreichen und mit ihrem Kaſſenhonorar gar nicht oder kaum noch ſo geringe Lebensbedingungen erfüllen, geſchweige denn ihren Unterhalt für ſich und ihre Familie finden können. Wie bereits auf Seite 15 und 16 angeführt wurde, ſind bei einem Zahnarzt auf dem Lande mindeſtens 40% und in der Stadt 50% des Geſamtumſatzes für Werbungskoſten abzuziehen, ſo daß ſich leicht errechnen läßt, was den Zahnärzten der hier angeführten Gruppe zum Lebensunterhalt übrig bleibt. Auch noch bei der Gruppe mit einem Quartalsumſatz von 500—1000 RM, zu der im 1. Vierteljahr 1934 = 2332 und im 2. Vierteljahr 1934 = 2601 Zahnärzte zählen, haben etwa 34% einen Vierteljahrumſatz von 500—700 RM, ſo daß man auch von dieſen ebenſo wie von den oben angeführten Berufskollegen ſagen kann, daß mehr als 3000 Kaſſenzahnärzte im Reich nicht in der Lage ſind, ihren Lebensunterhalt zu friſten und ihre Praxisaufwendungen aufzubringen, ſoweit ſie auf die Sozialpraxis angewieſen ſind. Dieſe 3000 Zahnärzte machen etwa ein Drittel der Geſamtzahnärzteſchaft aus, die in der Sozialverſicherung tätig iſt. In einer weiteren Umſatzgruppe von 1000 bis 3000 RM iſt die vorwiegende Beteiligung bis zu 1500 RM feſtzuſtellen und von da an macht ſich ein immer ſtärkeres Abnehmen der beteiligten Kaſſenzahnärzte bemerkbar. Von den rund 4300 Zahnärzten der dritten Gruppe erreichen dann rund 14% den Höchſtumſatz von 2500—3000 RM im Vierteljahr. Die letzte

Umfatzgruppe von RM 3000 bis 6000 wird unbedeutend und wirkt auch nicht mehr ausfchlaggebend auf das Gefamtbild.

Das Ergebnis ift die Feftftellung, daß der Jahresumfatz des deutfchen Kaffenzahnarztes im Jahre 1934 im Reich 5172 RM betrug. Weiter wird in diefer Arbeit feftgeftellt, daß große Unterfchiede in der Honorarbildung beftehen, die weniger auf eine Überbefetzung durch Zahnärzte und Dentiften zurückzuführen ift, als auf die großen Unterfchiede in der Honorarbildung der einzelnen Bezirke, verurfacht durch die mehr oder weniger gerechte Vergütung zahnärztlicher Leiftungen. In diefem Handeln wurden die Krankenkaffen auch oft noch durch Zahnärzte unterftützt, die ihnen in unverantwortlicher Weife entgegenkamen, nur um die Neuzulaffung eines Berufskollegen zu verhüten.

Die großen Unterfchiedlichkeiten in der Vergütung zahnärztlicher Leiftungen haben die Notwendigkeit einer gefetzlichen Regelung immer dringender gezeigt. Die Tatfache z. B., daß ein Zahnarzt in den fächfifchen Bezirken Chemnitz und Dresden durchfchnittlich das Doppelte und mehr als das Zweifache an Kaffenhonorarumfatz hat, als etwa ein Zahnarzt in Berlin oder Koblenz, zeigt fchon zur Genüge, daß die Zahnärzte in den fächfifchen Bezirken nur durch günftigere Vertragsverhältniffe mit den Verficherungsträgern ihren anderen Kollegen gegenüber im Vorteil find. Sogar wirtfchaftlich verwandte Orte, wie etwa Leipzig neben Chemnitz und Dresden, oder Düffeldorf neben Effen und Brandenburg-Grenzmark neben Pommern, zeigen große Unterfchiede im Umfatz je Kaffenzahnarzt, was nicht auf wirtfchaftliche Faktoren zurückzuführen ift, fondern einerfeits auf die abfolute Zahl der jeweils beteiligten Zahnärzte und andererfeits auf die örtliche Honorarbildung.

Erft im November 1933 brachte die Verordnung über die Kaffenzahnärztliche Vereinigung Deutfchlands den großen Fortfchritt, daß dem Reichsführer der K.Z.V.D. die Möglichkeit gegeben wurde, einheitlich für das ganze Reich die Aufgaben zu vertreten, die dem zahnärztlichen Stande in der Sozialverficherung erwachfen. Die großen Fragen, welche die Zahnärzteffchaft von jeher befchäf-

tigten und ein ſtändiges Kampfobjekt waren, wurden zu löſen verſucht, und als Ergebnis muß die Zulaſſungsordnung erwähnt werden und die kürzlich getroffene einheitliche Gebührenregelung. Zu letzterem Punkt iſt zu ſagen, daß man ſich mit einer Löſung zufriedengeben mußte, die keinesfalls als endgültig zu betrachten iſt. Allein ſchon die oben erwähnten Übel der ungleichen Verſorgung der Zahnärzte ſollten behoben werden und zudem zwang auch die ſchlechte Finanzlage der meiſten Krankenkaſſen, die angeſichts der Arbeitsſchlacht den Verſicherten keine weiteren Unkoſten mehr zumuten können, zu einer Neuregelung der Leiſtungsvergütung. Bei allen geſetzlichen Krankenkaſſen wurde das Pauſchalſyſtem eingeführt. Nach dieſem Vergütungsſyſtem ſtellt die Kaſſe pro Jahr und Kopf des Verſicherten eine beſtimmte Summe zur Verfügung. Der Erfolg wird der ſein, daß bei ſteigender Zahl der Behandlungsfälle die Vergütung für die Einzelleiſtung ſinkt. Es iſt eine Frage, ob dem Verſicherten unter dieſen Umſtänden alle wiſſenſchaftlichen Erkenntniſſe in der konſervierenden Zahnheilkunde zugute kommen können, denn der Zahnarzt muß ſich ſeinerſeits ein Exiſtenzminimum ſichern. Das dieſes keine Ideallöſung iſt, leuchtet jedem ein, zumal ſie ſich nicht mit dem nationalſozialiſtiſchen Gedanken des Leiſtungsprinzips vereinbaren läßt. Doch die Not der Stunde hat dieſe Regelung geboten. Der Zahnärzteführer und ſeine Mitarbeiter haben der Zahnärzteſchaft jedoch die Hoffnung gelaſſen, dieſes Pauſchalſyſtem durch ein beſſeres zu erſetzen, ſobald es die allgemeine Wirtſchaftslage erlaubt.

Bei einer Beſprechung dieſes neuen Vergütungsſyſtems in der Z.M. wurde darauf hingewieſen, daß man an verantwortlicher Stelle voll und ganz für eine Vergütung nach Einzelleiſtungen unter Zugrundelegung der aufgewandten Arbeitszeit eintrete, in Anlehnung an das Punktſyſtem von Dr. Richter, Dresden, wie an die Arbeiten von Dr. Drexler, Ratingen. Denn wie die ehrbare Arbeit eines jeden Volksgenoſſen dem Zeitaufwand und der Leiſtung entſprechend gewertet wird, möge auch die Arbeit des Zahnarztes voll gewürdigt werden, zumal ſeiner Tätigkeit eine ſo große volksgeſundheitliche und hygieniſche Bedeutung zukommt.

Daß jedoch die Berufsüberfüllung auch zum großen Teil Schuld an der ſchlechten Wirtſchaftslage der Zahnärzte trägt, iſt ſelbſtverſtändlich, denn ein erhöhtes Angebot an Arbeitskraft ſetzt den Arbeitswert herab. Das machte ſich beſonders ſtark in den Großſtädten bemerkbar, wo das Verhältnis von Zahnärzten zu Verſicherten immer ungünſtiger wurde, bis die zahnärztliche Reichsorganiſation dieſer „Landflucht" Einhalt gebot.

Selbſt wenn die Nachwuchsfrage unberückſichtigt bleibt, ſtellen ſich die Zahlenverhältniſſe bei den Zahnärzten und Dentiſten für eine gemeinſame Tätigkeit in der Sozialverſicherung als äußerſt ungünſtig heraus. Falls die Verſichertenzahl wieder den Stand von 1929 erreichen ſollte, mit 22 Millionen, ſo würden auf jede der 22 000 Kaſſenpraxen nur rund 1000 Stammverſicherte entfallen. Nach der Zulaſſungsordnung ſollen aber jeder Kaſſenpraxis 1500 Stammverſicherte zugeteilt werden. Wenn auch dieſe theoretiſche Zulaſſungszahl durch die Bildung der Verteilungsbezirke und der Zahnarztſitze ſich in Wirklichkeit um ein Geringes mildert, muß die Zahl der Kaſſenpraxen, insbeſondere auf ſeiten der Kaſſendentiſten, als um mindeſtens 40% zuviel angeſehen werden, weil die Verhältniszahl zwiſchen Zulaſſung der Kaſſenzahnärzte und Kaſſendentiſten 6 : 4 betragen ſoll und die Beſtrebungen bei den Zulaſſungen eigentlich dahin gehen ſollten.

Daß bei einer derartigen Berufsüberfüllung die wirtſchaftliche Lage des Zahnärzteſtandes leidet, iſt leicht einzuſehen und ebenſo wird jeder von der Dringlichkeit der Löſung der Zukunftsfragen überzeugt ſein, zumal der Zuſtrom zum Dentiſtenſtand in keiner Weiſe eingeſchränkt wird, während die Reichsorganiſation der Zahnärzte alles tut, um die Nachwuchsfrage zu regeln, zum Wohle aller Kaſſenpraxisinhaber und im Intereſſe einer planvollen Verſorgung der ſozialverſicherten Bevölkerung.

In einem Aufſatz, der in Nr. 13 der Z.M. vom 26. März 1933 erſchien, wird vom Verfaſſer, Herrn Dr. Bayer, mit einem einfachen Rechenexempel die wirtſchaftliche Lage im Zahnarztberuf dargeſtellt. Demnach werden von den 60 Millionen der Bevölkerung Deutſchlands 30 Millionen von der Sozialverſicherung betreut.

Die Sozialverſicherung verausgabt für Zahnbehandlungen im Jahr 80 Millionen Mark. Der nichtverſicherte Bevölkerungsteil bringt ſchätzungsweiſe 120 Millionen Mark auf, wobei zu bedenken iſt, daß dieſer Teil der Privatpatienten wenig vermögend iſt. Von dieſen 200 Millionen wollen leben: Am 31. Dez. 1931 wurden 10 200 Zahnärzte gezählt und 13 400 Zahntechniker. Durch den hemmungsloſen Andrang zu beiden Berufen ſteigt dieſe Zahl bis Ende 1933 auf 30 000. Auf jeden „Zahnbehandler" käme eine Jahreseinnahme von 6666 RM, bei 50% Werbungskoſten ein Jahresverdienſt von 3333 RM. Ein derartiges Einkommen iſt für einen Zahnarzt ein wirtſchaftlicher Unfug. Mit einer Arbeitszeit von 25 Jahren muß ein beſcheidenes zahnärztliches Daſein folgendermaßen ausſehen:

20 000 RM	inveſtiertes Kapital, das zu amortiſieren iſt,
25 000 RM	Altersverſorgung (zahlbar in Form von Lebensverſicherungsprämien),
125 000 RM	Verdienſt (5000 RM Jahresverdienſt × 25 Jahre)
170 000 RM	

Dieſe 170 000 RM durch die 25 Arbeitsjahre geteilt, ergeben ein Jahresgehalt von 6800 RM.

Herr Dr. Hoffmann ſtellt in einem Aufſatz in Nr. 47 der Z.M. vom 25. Nov. 1935 klar und deutlich feſt, daß die immer noch weit verbreiteten Gerüchte über das hohe Einkommen der Zahnärzte, beſonders auch aus der Kaſſenpraxis jedweder Grundlage und Berechtigung entbehren. Es werden dann einige Zahlen der Abrechnung mit den Krankenkaſſen aus dem Gebiete der Bezirksſtelle München der K.Z.V.D. wiedergegeben, da in Bayern ſchon von altersher Mantelverträge zwiſchen Krankenkaſſen und Zahnärzteſchaft laufen und die Gebühren als normal zu bezeichnen ſind. Zugrundegelegt iſt die Abrechnung für das erſte und zweite Quartal 1934, wie das Geſamtkaſſenhonorar der dortigen Zahnärzteſchaft. Von 522 Zahnärzten haben 142 zwiſchen 500 und 1000 RM Kaſſenhnorar, 134 zwiſchen 1000 und 1500 RM bezogen, während 104 mit ihren Abrechnungen unter der 500-RM-Grenze

bleiben. Der Reſt von 142 Zahnärzten, alſo bei weitem noch nicht ein Drittel der Geſamtzahl, hat für ein Vierteljahr Abrechnungen bis zu einem Betrage von 2000 RM eingereicht. Wenn wir bei dieſer letzten Gruppe von einer durchſchnittlichen Abrechnungsſumme für das Quartal von 1800 RM ausgehen, bleibt ein Umſatz für die Krankenkaſſen von 600 RM pro Monat übrig. Dieſer Monatsumſatz entſpricht bei Zugrundelegung eines von den Finanzbehörden anerkannten Unkoſtenſatzes von 50% einem reinen Monatseinkommen von 300 RM aus Krankenkaſſenbehandlung. Im Durchſchnitt erhielt jeder Zahnarzt im Quartal 1145,15 RM, d. h. brutto im Monat 381,70 RM, die einem Reineinkommen von 190,85 RM pro Monat entſprechen. Nun ſind aber in vielen Teilen des Reiches, verglichen mit den bayeriſchen Sätzen, die Gebühren viel unzulänglicher, ſo daß man in manchen Fällen feſtſtellen muß, daß der Zahnarzt bei gewiſſenhafter Durchführung beſonders der konſervierenden Behandlung nicht das Exiſtenzminimum erreichen kann.

In allen dieſen Berichten ſpiegelt ſich einheitlich die ungünſtige Wirtſchaftslage des Zahnärzteſtandes, die einer Klärung bedarf.

II. Kann die Bekämpfung der Karies, wenn wir die Behandlung entſprechend der wiſſenſchaftlichen Erkenntniſſe ohne Rückſichtnahme auf die wirtſchaftliche Seite durchführen, erfolgreich ſein?

Wenn uns die Karies zu Geſicht kommt, hat ſie meiſt derartige Ausmaße angenommen, daß der Patient ſich entweder im Ausſehen geſtört oder in der Benutzung des Zahnes gehindert ſieht, oder aber, was noch viel häufiger der Fall ſein dürfte, Zahnſchmerzen veranlaſſen den Patienten den Zahnarzt aufzuſuchen. Eine Karies, die vom Patienten aus feſtgeſtellt wird, hat bereits zu einem größeren Subſtanzverluſt geführt und verlangt deshalb umfaſſendere Maßnahmen der Wiederherſtellung. Die einfache Füllung eines Zahnes kann in den ſeltenſten Fällen vorgenommen werden, zum wenigſten muß eine ſogenannte doublierte Füllung

den Defekt ausgleichen. Solange die Karies in der Kaufläche liegt, alſo in einer Ebene, iſt die Einfaſſung der Kavität zur Stützung der Füllung ausreichend. Geht die Karies aber über zwei Ebenen, dann läßt ſich weder eine einfache noch doublierte Füllung legen, vielmehr verlangt die Ausfüllung der Zahnhöhle und die Wiederherſtellung des Kontaktes mit dem Nachbarzahn eine umfaſſende Arbeit, wie ſie, wenn ſie genau durchgeführt werden ſoll, nur mit Hilfe einer gegoſſenen Füllung vorgenommen werden kann. Je mehr Fälle von Karies in einer Mundhöhle vorkommen, um ſo größer und ſchwieriger kann die Arbeit ſein, da die Approximalfüllungen ſich vielfach berühren und der Zeitaufwand für die Wiederherſtellung zweier Zähne ein viel größerer iſt. Tritt zu der Füllung eines Zahnes auch noch die Wurzelbehandlung und -füllung hinzu, ſo ſchließt das gleichzeitig eine Kontrolle der vorgenommenen Maßnahmen im Röntgenbild in ſich, wenn die Sicherheit der Therapie am Ende der Arbeit feſtſtehen ſoll. Kann die Wurzelbehandlung und -füllung bei einem einwurzeligen Zahn im Schneidezahngebiet ſich noch einfach darſtellen, ſo iſt ſie ſchwieriger, wenn ſie im Molarengebiet vorgenommen werden muß, einmal weil die Zähne ſchwieriger zu erreichen ſind, und dann, weil ſie meiſt mehrere Wurzelkanäle aufweiſen. Die Wirkungsdauer des in den Wurzelkanal eingelegten Medikamentes iſt beſchränkt, weshalb nach einer gewiſſen Anzahl von Jahren (ſchätzungsweiſe zehn Jahren) eine Wiederholung der Füllmaßnahme notwendig iſt. Dieſe Zeit iſt um ſo kürzer, je weniger gut der Abſchluß des Medikamentes gegen die Mundhöhle iſt und je weniger Medikament in den Wurzelkanal eingebracht wurde. Wird von ſeiten des Patienten die Wiederholung der Füllung verabſäumt, ſo kommt die Gefahr der akuten und chroniſchen Wurzelhautentzündung auf mit ihren Komplikationen der örtlichen Knochenentzündung oder der ſogenannten Fokalinfektion.

Aus dieſen Ausführungen mag erhellen, daß, je weiter eine Karies fortgeſchritten iſt, ihre Therapie um ſo umſtändlicher und zeitraubender iſt und weiter, die behandelten Zähne einer ſtändigen Kontrolle bedürfen. Dies tritt um ſo mehr in die Erſcheinung, als

bei den verwendeten Materialien Sparſamkeit vorwalten muß. Die Zementfüllung iſt auf ihrer Oberfläche nicht widerſtandsfähig genug, um dem Kaudruck zu widerſtehen und nutzt ſich bald ab. Die Amalgamfüllung behält die ihr gegebene Form und den Randſchluß nicht bei und verlangt nach kurzer Zeit (etwa 2—3 Jahren) eine Nacharbeit im Sinne des Ausgleichs und der Nachfüllung. Nur jene Materialien, die feſt und zäh und doch wiederum ſo oberflächenweich ſind, daß ſie den Abkaumechanismus des ſie tragenden Zahnes mitmachen, eignen ſich zur Füllung der Zähne am beſten, verlangen aber, da ſie nur durch Guß zu gewinnen ſind, einen beſonderen Arbeitsgang. Der Zeitaufwand, und die Koſten für die Wiederherſtellung eines Zahnes betragen mit der Vergrößerung der Zahnhöhle etwa um daß Doppelte nicht jedoch das Zweifache, ſondern ein Vielfaches. Während die prophylaktiſche Behandlung einer Zahnhöhle, d. h. Füllung der kleinſten Kavität, etwa fünf Minuten ausmacht, beträgt der Zeitaufwand für einen Wurzel zu behandelnden mehrwurzeligen Zahn zwei bis zweieinhalb Stunden, beides unter der Vorausſetzung, daß die Arbeit gewiſſenhaft vorgenommen wird. In der Zeit alſo und mit dem Koſtenaufwand, einen Zahn durch Wurzelbehandlung und Füllung zu retten, laſſen ſich durch prophylaktiſche Behandlung etwa 20 Zähne vor der Karies ſichern. Während die erſtgenannte Maßnahme eine Rettungsaktion darſtellt, da die Pulpa des Zahnes verloren iſt und die Auffüllung des Zahnes ſich ſchwierig geſtaltet, ſtellt die zweite Maßnahme wirklich eine Sicherung dar, da die Karies vor ihrem Ausbreiten und Weiterſchreiten und die Pulpa vor Infektion geſchützt wird.

Von den wiſſenſchaftlichen Erkenntniſſen aus, die wir über die Ausbreitung der Karies und ihre mögliche Therapie beſitzen, müſſen wir zugeben, daß eine Bekämpfung der Karies, wenn ſie fortgeſchritten iſt, d. h. wenn ſie die Pulpa gefährdet, oder ihr die Pulpa zum Opfer gefallen iſt, niemals erfolgreich ſein kann. Nicht allein der Aufwand an Zeit und an Koſten gibt für dieſe Auffaſſung den Ausſchlag, ſondern vor allen Dingen der Umſtand, daß zur erfolgreichen Durchführung der erforderlichen Behandlung auch ein

Material gehört, daß den Erfolg der Arbeit ſicherſtellt. Mit einfachen Füllungen läßt ſich, wie oben ausgeführt, der Erfolg nicht ſichern, ſondern nur in Frage ſtellen.

Wer die Möglichkeiten und die Erfolge der planmäßigen Schulzahnpflege kennt und dieſe in einen Vergleich mit den Behandlungsarten der Karies und ihren Folgen in der heute geübten Praxis zu vergleichen ſucht, wird ohne weiteres zugeben müſſen, daß ohne Rückſichtnahme auf die wirtſchaftliche Seite der Praxisführung und rein nach wiſſenſchaftlichen Erkenntniſſen erwogen, die prophylaktiſche Art der Behandlung die erfolgreiche Kariesbekämpfung ermöglicht, nicht aber die Behandlung der vorgeſchrittenen Karies.

Die Unterſchiede zwiſchen der prophylaktiſchen Behandlung und der heute meiſt üblichen Behandlung der vorgeſchrittenen Karies mit ihrer Erfolgloſigkeit in der ſyſtematiſchen und groß angelegten Bekämpfung dürfte noch ſtärker hervortreten, wenn im folgenden kurz Betrachtungen darüber angeſtellt werden, welche Vermögenswerte durch eine ſpät eingeleitete Therapie verlorengehen.

III. Kann das Problem der Bekämpfung der Karies vom Standpunkt des Volksvermögens aus betrachtet ſeine Löſung finden?

Für die Koſten, die ein einzelner Zahn mit Wurzelbehandlung bei ſachgemäßer Füllung verurſacht, laſſen ſich nicht nur, wie oben ausgeführt, etwa 20 Zähne gleicher Gattung prophylaktiſch behandeln und füllen, ſondern ſogar mehr, da zu den Koſten für die aufzuwendende Zeit noch die Materialkoſten und Verarbeitungskoſten für die Füllung hinzutreten. Es iſt dabei gänzlich außeracht gelaſſen, daß die Wurzelbehandlung eines Zahnes auch auf Schwierigkeiten ſtoßen und einen größeren Zeitaufwand verlangen kann. Da die zu errechnenden Zahlen der Koſten für die Behandlung von Zähnen mit vorgeſchrittener Karies immer ſchwanken werden, weil die Behandlungsnotwendigkeit von einem einzelnen Zahn bis zu mehreren Zähnen wechſelt, dagegen die prophylaktiſche Art der Behandlung einen anderen Behandlungsbegriff hat und weniger

nach der Leiſtung, d. h. nach der Zahl der gefüllten Zähne als nach dem Sanierungseffekt rechnet, läßt ſich ein Vergleich zwiſchen beiden Behandlungsarten in dieſer Weiſe nicht durchführen. Wohl aber läßt dieſe unterſchiedliche Auffaſſung erkennen, daß eine unplanmäßige Behandlung der Karies von einem Sanierungseffekt nicht ſprechen kann, ſondern nur von Leiſtungen. Wie teuer dieſelben ſind, ging andeutungsweiſe aus den obigen Ausführungen hervor und mag, wenn auch nur z. T., aus der Zahl zu erkennen ſein, die Kientopf in ſeiner Veröffentlichung: „Aufgaben des Zahnarztes im ſtaatlichen Geſundheitsamt“ angibt. Danach betrug im Jahre 1933 der Aufwand der Krankenkaſſen insgeſamt eine Milliarde 180 Millionen Mark. Davon wurden für Zahnbehandlungen 69 Millionen 163 000 Mark ausgegeben, d. h. 5,8% der Geſamtausgabe. Die Familienverſicherung iſt an den Ausgaben für Zahnbehandlung mit 16 Millionen 406 000 Mark beteiligt. Die Familien nehmen alſo nur ein Viertel der Ausgaben in Anſpruch, die für die Zahnbehandlung der Stammverſicherten ausgegeben wurden. Nun iſt der Umfang der Zahnerkrankungen von Müttern und Kindern keineswegs geringer, als der der ſtammverſicherten Väter. Im Gegenteil ſind die Gebißverhältniſſe der Mütter, beſonders kinderreicher Familien troſtlos. Die oben angegebenen Zahlen würden bei der Inanſpruchnahme der Krankenkaſſen der Bedürftigkeit nach eine bedeutend größere ſein und damit die aufgewendeten Koſten weit unter den notwendigen liegen und hiermit ſchließlich einen Umfang annehmen, der von der Krankenkaſſe aus betrachtet, nicht tragbar iſt und der, was Privatpatienten angeht, einfach nicht aufgebracht werden kann.

Ein deutliches Bild entwirft in bezug auf dieſe Frage Wagner-Mainz in der „Schulzahnpflege“ Nr. 10. Die Unterſuchung von 558 Lehrlingen ergab die Behandlungsnotwendigkeit bei 92,5% derſelben, bei einem Geſamtkoſtenaufwand von 32 000 RM und auf jeden Lehrling umgerechnet von 57,30 RM. Und zwar ſind dieſe Koſten für die einmalige Wiederherſtellung der Gebiſſe, nicht aber für deren weitere Betreuung. Bei der planmäßigen Verſorgung während zehn Schuljahren hätten die Koſten pro Lehrling

nur drei RM, alſo insgeſamt 30 RM betragen und wären dadurch nicht nur um rund 14 000 RM billiger geweſen, ſondern hätten einen ganz anders gearteten Sanierungseffekt zur Folge gehabt. Und dies mag daraus hervorgehen, daß das Ziel der planmäßigen Behandlung die Erhaltung der Zahngeſundheit und das vollzähnige Gebiß erſtrebt, wogegen bei der eben genannten Unterſuchung 13,8% der Lehrlinge bereits künſtlichen Erſatz benötigen. Dieſe Beiſpiele mögen genügen, um zu zeigen, daß die Durchführung der Kariesbehandlung, wenn ſie vorgeſchritten iſt, immer ſchwieriger wird, und ein Vielfaches an Koſten mehr verlangt, als die prophylaktiſche Sicherung der Zähne, und daß das Aufbringen der Koſten für die Kariesbehandlung, ſowohl ſeitens der Krankenkaſſen, wie auch von ſeiten der Privatpatienten, einfach nicht möglich iſt.

Die Folge davon iſt die frühe Entfernung von Zähnen mit all ihren Nachteilen, die es im einzelnen hier nicht aufzuzählen gilt und die ſchließlich in der Notwendigkeit der Herſtellung von Zahnerſatz noch das beſſere Ende finden, wenn nicht allgemein körperliche Leiden durch mangelhafte Kaumöglichkeit und dadurch bedingte Ernährungsfehler die Fortſetzung der Zahnleiden bilden und einen neuen Anlaß zu Koſtenaufwendungen abgeben.

IV. Welche Wege ergeben ſich aus den Betrachtungen und ihren Ergebniſſen für die Löſung des angeſchnittenen Problems?

Wie die obigen Ausführungen zu erkennen geben mögen, iſt die Löſung der Frage der Bekämpfung der Karies von der wirtſchaftlichen Seite allein betrachtet, nicht möglich. Die Koſten würden ſo groß ſein, daß ſie von den leidenden Volksgenoſſen nicht aufgebracht werden könnten und auch ſind die Mittel, die uns von der Krankenkaſſe zur Verfügung geſtellt werden können, zu gering, als daß bei der heute geübten Praxisführung den für die Kaſſe tätigen Zahnärzten eine geſunde Lebensführung möglich wäre. Des weiteren haben die Ausführungen bewieſen, daß die Behandlung der kariöſen Defekte nicht als eine Ein-für-allemal-

Leiſtung angeſehen werden kann, und beſonders bezüglich der Zähne mit vorgenommener Wurzelbehandlung wiederholte Kontrollen und ſpätere Wiederholung der Behandlungen vorgenommen werden müſſen. Der Aufgabenkomplex wird dadurch ſo weit geſteckt, daß die Zahl der behandelnden Zahnärzte nicht ausreicht, um den geſtellten Aufgaben nachzukommen, zum anderen eine Ausgabe für Schäden erwachſen würde, die in keinem Verhältnis zum erreichten Erfolg ſteht und ſchließlich im Hinblick auf die übrigen Aufgaben der Heilkunde nicht zu verantworten iſt.

Es bleibt deshalb nichts anderes übrig, als aus dieſen Gegebenheiten die Konſequenzen zu ziehen, die allein allen Teilen gerecht werden kann. Auf der einen Seite muß die Behandlungsmöglichkeit beſtehen bleiben, die in der Art und Häufigkeit der Vornahme dem einzelnen überlaſſen iſt und ſich wie nach ſeinen Wünſchen, ſo auch nach den Notwendigkeiten, die ſich durch die Eigenart des Gebiſſes ergeben, richtet. Auf der anderen Seite muß zur erfolgreichen Durchführung der Kariesbekämpfung in weiteſtem Umfang die Prophylaxe betrieben werden, um die Wurzelbehandlung auf ein Mindeſtmaß herabzudrücken und den Heilerfolg in ein geſundes Verhältnis zu den dafür notwendigen Ausgaben zu bringen. Neben dem reinen Praktiker würde der Prophylaktiker ſtehen, und durch dieſe Aufteilung das Problem der Überfüllung gelöſt ſein, wie auch der Aufgabenkomplex der Kariesbekämpfung ſelbſt in ſozialhygieniſcher und wirtſchaftlicher Beziehung erfolgreich durchzuführen ſein würde.

Der Prophylaktiker kann ſich in zwei Gruppen gliedern. Die eine Gruppe umfaßt die Zahnärzte, die ſich nur mit der Behandlung der Jugendlichen Beſchäftigen, die andere jene, die die ſogenannte Spätſanierung durchführen. Während die einen uns bereits als die in der Schulzahnpflege tätigen Zahnärzte bekannt ſind, ſind die anderen bisher weniger in die Erſcheinung getreten. Van der Moolen im Amſterdam iſt bisher der einzige geweſen, der den Beweis für die Möglichkeit der Spätſanierung erbracht hat und deſſen Klinik auch über Erfahrungen verfügt, die zu einer Verallgemeinerung dieſer Einrichtung ermutigen. Die in ſtädtiſchen Be-

trieben organiſierten Angeſtellten, wie Krankenſchweſtern, Feuerwehrleute, ſtädtiſche Beamte u. a. m., könnten in halbjähriger Unterſuchung und Behandlung erfaßt und ſaniert werden und ſaniert bleiben, wenn die Behandlung die Extraktion aller Zähne durchführt, die einmal geſchmerzt haben. Die Wurzelbehandlung wird alſo aus dem Plan fortgelaſſen und für den Erſatz aller in Verluſt geratenen Zähne Sorge getragen. Van der Moolen vertritt den Standpunkt, daß ein Erſatzſtück in kürzerer Zeit und mit größerer Sicherheit anzufertigen iſt, als man eine Wurzelbehandlung zur Durchführung bringen kann. Die Koſten für die Spätſanierung ſind deswegen auch nur gering, da außer den Koſten für das Perſonal nur die reinen Materialkoſten aufzubringen ſind. Natürlich ließe ſich dieſe Einrichtung auch auf freiwillige Mitglieder ausdehnen, wenn ſich dieſe zu den Grundſätzen der Behandlung und der halbjährigen Kontrolle und Behandlung entſchließen würden. Unter freiwilligen Mitgliedern könnten ſchließlich auch jene Kranken zuſammengefaßt werden, die ſich in der Krankenkaſſe vereinigen. Durch dieſe Umſtellung in der Auffaſſung der Behandlung und der Erfaſſung der Krankenkaſſenmitglieder würde es den Krankenkaſſen ohne weiteres möglich ſein, mit den ihnen heute zur Verfügung ſtehenden Mitteln die Behandlung durchzuführen, die als notwendig zu bezeichnen iſt, aber was noch wichtiger iſt, den Sanierungsgrad erreichen, den ſie ſich bei ihrer Bildung zum Ziele ſteckte und zur Aufgabe machte. In der planmäßigen Unterſuchung und Behandlung durch den Prophylaktiker liegt demnach der Schlüſſel zur Antwort der eingangs geſtellten Frage. Daß für die vielfachen Sonderangaben die große Zahl der Praktiker nicht entbehrt werden kann, dürfte bei der Betrachtung der Sachlage ohne weiteres einleuchten. Sanierung kann immer nur von unten begonnen werden, alſo mit den jungen Jahrgängen, die übrigen Jahrgänge fordern nach wie vor den Schutz und die Hilfe, wie ſie bis heute geleiſtet wurde. Im Hinblick auf die eine Löſung iſt der zahnärztliche Beruf überfüllt, im Hinblick auf die andere haben wir nicht Zahnärzte genug. In der glücklichen Trennung und Zuſammenfaſſung der Aufgaben zeigt ſich der Weg zur Löſung auch der Zahnarztfrage rein berufsſtändiſch geſehen.

Literaturnachweis.

Zu Seite 5: Angaben aus Nr. 38 der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ vom 22. Sept. 1935 von Bunge: „Das Geſetz der Ausleſe“.

Zu Seite 10: Angaben von Dr. Drexler-Ratingen und der Steuerfachverſtändigengutachten von Dr. R. W. Dierks, Wirtſchaftsprüfer in Eſſen.

Zu Seite 15 u. 16, ſowie durchſchnittliche Unkoſtenangaben aus: „Die wirtſchaftlichen Verhältniſſe deutſcher Ärzte und Zahnärzte im Jahre 1933“. (Herausgeber: Norddeutſche Ärzte-Buchſtellen A.G.)

Zu Seite 20: Der Verdienſtausfall wurde berechnet nach dem „Bezirksvertrag für Angeſtellte der Kommunalverwaltung“ und der „Einkommensregelung der Angeſtellten in der rheiniſch-weſtfäliſchen Eiſen- und Stahlinduſtrie“ (1. Juli 1931).

Zu Seite 21: Angaben aus dem Steuerfachverſtändigengutachten von Dr. R. W. Dierks, Wirtſchaftsprüfer in Eſſen.

Zu Seite 33: Angaben nach Kientopf aus: „Aufgaben des Zahnarztes im ſtaatlichen Geſundheitsamt“.

Lebenslauf.

Am 22. November 1910 wurde ich zu Düſſeldorf geboren. Nach Beſuch der Städt. Oberrealſchule am Fürſtenwall zu Düſſeldorf legte ich Oſtern 1931 meine Reifeprüfung ab. Ab Sommer 1931 ſtudierte ich in Heidelberg und Bonn Zahnheilkunde. Hier beſtand ich meine Vorprüfung, das Staatsexamen und erhielt gleichzeitig die Approbation als Zahnarzt.